

**Child and Adult Care Food Program (CACFP)**  
**(Programa Alimentario para Cuidado de Niños y Adultos)**

**Formulario de inscripción de niño para centros Head Start**

Nuestro centro de cuidados infantiles participa en el Programa Alimentario para Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA). Este programa nos ayuda a proveer comidas y merienda nutritivas a los niños inscritos en nuestro centro. Para hallar información sobre los requisitos del patrón de comidas de CACFP, consulte [CACFP Meal Patterns for Children](https://portal.ct.gov/SDE/Nutrition/Meal-Patterns-CACFP-Child-Care-Programs) y [CACFP Infant Meal Patterns](https://portal.ct.gov/SDE/Nutrition/Meal-Patterns-CACFP-Child-Care-Programs) en <https://portal.ct.gov/SDE/Nutrition/Meal-Patterns-CACFP-Child-Care-Programs>.

**Sección 1 – Renuncia a la participación en CACFP**

Marque aquí **solamente** si usted elige **no inscribir** a su niño/a en el CACFP. *Complete la sección 3 en la página 2, y devuelva el formulario al centro de cuidados infantiles.*

No deseo que mi niño/a participe en el CACFP.

**Sección 2 – Inscripción en CACFP**

Para verificar la inscripción de su niño/a en este centro de cuidados infantiles, complete esta sección y la sección 3 en la página 2, y devuelva el formulario al centro de cuidados infantiles. El centro, el Departamento de Educación del Estado de Connecticut o el USDA pueden comunicarse con usted para verificar esta información. **Por favor escriba toda la información en letra de imprenta.**

Nombre del centro de cuidados infantiles: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Apellido Nombre Mes, día, año*

Masculino  Femenino Primer día de asistencia: \_\_\_\_\_

**Complete la tabla siguiente.** Mi niño/a estará normalmente en cuidados infantiles durante los siguientes días y horas, y recibirá las comidas abajo indicadas.

Días y horarios de cuidado y comidas servidas							
Días Normales de Cuidado <i>Marque todos los aplicables</i>	<input type="checkbox"/> lunes	<input type="checkbox"/> martes	<input type="checkbox"/> miércoles	<input type="checkbox"/> jueves	<input type="checkbox"/> viernes	<input type="checkbox"/> sábado	<input type="checkbox"/> domingo
Horario Normal de Cuidados <i>Circle AM o PM</i>	____ AM/PM a ____ AM/PM <i>y</i> ____ AM/PM a ____ AM/PM						
Comidas normales servidas a mi hijo/a <i>Marque todas las aplicables</i>	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Merienda AM <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda de la noche	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Merienda AM <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda de la noche	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Merienda AM <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda de la noche	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Merienda AM <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda de la noche	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Merienda AM <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda de la noche	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Merienda AM <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda de la noche	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Merienda AM <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda PM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda de la noche

# CACFP formulario de inscripción de niño para centros Head Start

## Para infantes solamente

**Fórmula infantil:** El centro ofreció servir: \_\_\_\_\_

*Nombre de fórmula infantil aprobada fortificada con hierro \**

**Marque los que aplique:**

Quisiera que mi niño/a reciba la fórmula infantil fortificada con hierro arriba nombrada, provista por el centro.

Yo proveeré mi propia fórmula infantil: \_\_\_\_\_

*Nombre de fórmula infantil aprobada fortificada con hierro \**

Yo proveeré leche materna para mi niño/a.

Yo lactare mi niño/a en el centro.

\* **Nota:** La fórmula para infantes provista por el padre/guardian debe ser **fortificada con hierro** y debe cumplir con las regulaciones de fórmula para infantes de USDA, como esta indicado en el memorando de USDA [CACFP 02-2018: Feeding Infants and Meal Pattern Requirements in the Child and Adult Care Food Program; Questions and Answers](#) (*Alimentando Infantes y Requisitos del Patrón de Comida en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos: Preguntas y Respuestas*). Fórmulas para infantes que no cumplan con los requisitos solo pueden sustituirse si el infante tiene una discapacidad que restrinja su dieta y el padre/guardian provea documentación médica firmada por una persona calificada. Personas reconocidas como calificadas incluye médicos, asistente a médicos, doctor es osteopatía y enfermeras prácticas registradas (APRN), ejemplo, enfermeras practicantes, enfermeras clínicas especialistas y enfermeras anestecistas certificadas que están licenciadas como APRN. El formulario está disponible en la página de Web del CSDE bajo [Special Diets in CACFP Child Care Programs](#) (Dietas Especiales en Programas de Cuidado de Niños CACFP).

## Sección 3 – Información de contacto y firmas

Nombre de padre/madre/custodio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Firma de padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante del patrocinador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal

Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



Para información sobre CACFP, visite el sitio de Internet [CACFP](#) de CSDE o comuníquese con el [personal de CACFP](#) escribiendo a Connecticut State Department of Education, Bureau of Health/Nutrition, Family Services and Adult Education, 450 Columbus Boulevard, Suite 504, Hartford, CT 06103-1841. Este documento está disponible en [https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/CACFP/Forms/Enroll/CACFP\\_Enrollment\\_Form\\_Head\\_Start\\_Spanish.pdf](https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/CACFP/Forms/Enroll/CACFP_Enrollment_Form_Head_Start_Spanish.pdf).